

кабинетов, по телефону, а сущности дела в колхозе не знают, очень редко бываю в колхозах, а если бывают, только заездом по пути, на колхозных собраниях не бываю, не учат колхозников, как нужно проводить колхозные собрания, социалистическим соревнованием не руководят, никто в колхозах соцдоговора не проверяет».<sup>1046</sup>

Зачастую положение колхозников и в особенности единоличников, которых хотели изжить из деревни, становилось невыносимым из-за того, что для высшей власти местная власть давала заведомо ложные сведения, не хотела вникать в местные условия прислушиваться к мнению местного населения. Деревни получали задание на посевную гораздо больше, чем имелось земли или населения для проведения работ и в результате «первые вынуждены арендовать где-нибудь, а другие отдавать в аренду»<sup>1047</sup>. В случае же неисполнения обязательств перед государством налагались штрафы, особенно велики они были для единоличников.

Окончательный удар по единоличникам был нанесен летом 1938 г., когда был издан закон, облагавший единоличных крестьян особым налогом на лошадь в размере от 270 до 500 руб. Единственный путь, который оставался – либо добровольно вступить в колхоз, отдав лошадь – либо выбившись из последних сил дожидаться конфискации лошади за неуплату. Большинство оставшихся единоличников так и поступили.

В итоге, в последние годы десятилетия число единоличников стало очень незначительным. В основном же дворы их были бедными и состояли из пожилых семейных пар, чьи дети уехали из деревни в город.

О.Г. Хловпик  
Санкт-Петербург

## ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ БЕЗОПАСНОСТЬ В ТРУДНЫХ ЖИЗНЕННЫХ СИТУАЦИЯХ

Жизненная ситуация – неотъемлемый элемент социальной действительности. Е.Ю. Коржова определяет жизненную ситуацию как фрагмент среды, внешние объективные обстоятельства жизнедеятельности, с которыми непосредственно контактирует человек. Ситуация – это система отношений человека с окружающим миром. Трудные ситуации – особый случай психологических ситуаций, когда система отношений личности с ее окружением характеризуется неуравновешенностью, либо несоответствием между стремлениями, ценностями, целями и возможностями их реализации, либо качествами личности.

Одними из наиболее остро и глубоко нарушающих психологическую безопасность личности являются ситуации наличия неизлечимых заболеваний у человека и миграции.

Осознание наличия заболевания обычно приводит к стремлению избежать или отрицать мысли о смерти, что является, с одной стороны, здоровым механизмом совладания со страхом и тревогой, а, с другой стороны, может мешать активному совладанию.

Страх и тревога при мыслях о собственной смерти являются нормальными, естественными эмоциями. Некоторые исследования показывают, что пожилые люди испытывают меньшую тревогу при мыслях о смерти и меньше боятся умереть, чем относительно молодые люди, имеющие цель в жизни. Страх чаще всего возникает при мысли, что процесс умирания будет длительным и болезненным, в то время как тревожность увеличивается, если окружающие начинают говорить о том, что все будет хорошо и пациент выздоровеет – такие «игры» близких нарушают психологическую безопасность человека и становятся для него признаком полной безнадежности его состояния. Также страх смерти и боль усиливаются, если человек остается один на один с

<sup>1046</sup> ЦДООСО. Ф. 4. Оп. 33. Д. 229. Л. 220.

<sup>1047</sup> ЦДООСО. Ф. 4. Оп. 12. Д. 103. Л. 7.

возникающими проблемами. Умиравший человек способен понять свое положение и нередко хочет поговорить о своей болезни и приближении смерти, но только с теми, кто выслушивает его без поверхностных попыток утешить.

Снижению тревожности и страха способствуют психологическая адаптация, внутренняя гармония личности, наличие планов на будущее, ощущение себя хозяином собственной жизни.

Для сохранения собственной психологической безопасности и психологической безопасности умирающего человека, окружающим необходимо уважать его желание знать что-либо конкретное о приближающейся смерти или находиться в неведении по поводу этого вопроса. Безоглядная смелость в вопросах, касающихся смерти, является мнимой. Требуя высказать все до конца, пациент не очень представляет свою реакцию на жестокую правду. Иногда нетрудно заметить, что его требование носит скорее формальный характер, и он вовсе не желает получить точный ответ, поскольку это лишает его надежды, спокойствия и душевной гармонии, то есть нарушает психологическую безопасность.

Индивидуальное психологическое консультирование обеспечивает и поддерживает психологическую безопасность неизлечимо больного человека при соблюдении консультантом следующих принципов: к умирающему нельзя относиться как к уже умершему. Если умирающего оставить одного, страх и боль в этом случае станут гораздо сильнее. С другой стороны, самому консультанту необходимо осознавать, что он не несет ответственности за клиента. Одним из основных приемов является простое выслушивание неизлечимо больного человека. В общении с таким человеком следует избегать поверхностного оптимизма, который вызывает подозрительность и недоверие. Речь умирающих часто бывает символичной. Для лучшего ее понимания необходимо расшифровывать смысл используемых символов. Обычно показательны жесты больного, рассказы и воспоминания, которыми он делится. Психологам, работающим с неизлечимо больным человеком, необходимо соблюдать правила собственной психогигиены (регулярная работа собственным консультантом: разрядка страха смерти, работа с изоляциями и т.д.).

Восстановлению психологической безопасности в данной ситуации может способствовать приспособление к умиранию. К этапам приспособления Э. Кюблер-Росс относит:

1. Для первой стадии характерно отрицание индивидом наличия у него неизлечимого заболевания. В этом случае индивид может обращаться к нескольким врачам в надежде, что диагноз не подтвердится.

2. Вторая стадия – стадия гнева. На этой стадии индивид испытывает обиду, зависть, гнев к окружающим, а также фрустрацию, крушение планов и надежд.

3. Третий этап носит название «торга» Индивид стремится отдалить развязку, всеми возможными способами облегчить собственные боль и страдания.

4. Четвертая стадия – стадия безнадёжности. Индивид испытывает депрессию, горюет о потере, предстоящей смерти и разлуке с близкими людьми.

5. На пятой стадии наступает принятие ситуации. Индивид смиряется с судьбой и спокойно ожидает развязки.

Отдельно мы рассмотрим вопрос о нарушении психологической безопасности семьи в ситуации наличия в семье ВИЧ-инфицированного. Данный вопрос является актуальным, так как в настоящее время отмечается огромный рост количества людей с ВИЧ/СПИДом, а сроки жизни больных в связи возможностями лечения удлиняются.

Н.А. Александрова выделяет различные типы семей с ВИЧ-инфицированными. В каждой из таких семей существуют определенные психологические трудности, нарушающие психологическую безопасность семей.

1. Семьи, где растут дети, инфицированные парентерально 10 лет назад. Возраст детей – старше 12 лет. Основные психологические проблемы: переживание родителями

чувства вины, связанной с первичной госпитализацией ребенка в стационар, где он был инфицирован; необходимость соблюдать «тайну» заболевания ребенка из-за возможной социальной дискриминации; переживание того, как сказать подрастающему ребенку о его заболевании, об ограничениях в половой жизни, которые являются следствием заболевания; чувство обиды и недоверия к медицине и одновременно – ожидание «чудесного исцеления» для ребенка; самоограничение родителей в собственной женской и мужской жизни (отказ от супружеских отношений, отказ от собственных увлечений и любимой работы и т.д.); страх смерти ребенка.

Следствием перечисленных выше проблем является сосредоточение семьи на проблеме здоровья ребенка, по отношению к которому родители являются «виноватыми и гиперопекающими». Результатом этого является еще большая инфантилизация ребенка, его зависимость от родителей даже в тех проблемах, которые он вполне мог бы решать самостоятельно.

Семьи, где один из супругов (или оба) ВИЧ-инфицирован половым путем. Психологические проблемы: у здорового члена семьи: страх заражения, обида и злость («изменил(-а)», «предал(-а)»); у ВИЧ-инфицированного: чувство вины, обида, злость («мне плохо, а супруг меня не понимает»), страх заразиться.

В случае смерти члена семьи, больного СПИДом, возникают следующие психологические проблемы: переживание горя, чувство вины, страх изоляции (необходимость скрывать от других людей причину смерти, так как на сегодняшний день для большей части населения в стране – ВИЧ-инфицированность является маркером проституции (у женщин) и гомосексуализма (у мужчин).

Семьи, где есть ВИЧ-инфицированный родитель и где рождается ребенок, здоровый или ВИЧ-инфицированный. Н.В. Александрова отмечает, что к проблемам, общим с проблемами других ВИЧ-инфицированных больных (социальное отвержение, потеря социального статуса, страх смерти, материальное неблагополучие и др.), в этих семьях прибавляется дополнительное эмоциональное напряжение, связанное с переживаниями о ребенке.

Семьи, где один из членов – наркотизирующийся и ВИЧ-инфицирован. В этих семьях к проблемам, связанным с наркоманией члена семьи, добавляется еще ряд проблем, связанных с ВИЧ-инфекцией. Для людей, страдающих наркоманией, характерно пренебрежение тем фактом, что они – ВИЧ-инфицированы. Они, как правило, не отказываются от наркотиков, продолжая оставаться источником заражения ВИЧ-инфекцией для других. Они создают семьи, рожают детей, от которых часто отказываются, оставляя на попечение государства. Обеспечение психологической безопасности в подобных семьях должно сочетаться с лечением наркотической зависимости.

Семьи гомосексуалистов, где один или оба партнера ВИЧ-инфицированы. Н.В. Александрова отмечает, что в ряде случаев подобные пары создаются в такой ситуации, когда один из партнеров (или оба) узнает, что он ВИЧ-инфицирован. Причинами создания семьи в таком случае являются беспомощность, страх одиночества, отторжение их родительскими и супружескими семьями из-за их сексуальной ориентации.

Обеспечение психологической безопасности семей с ВИЧ-инфицированными осуществляется преимущественно в двух направлениях: разрядка чувства вины, беспомощности, страха смерти (своей или ВИЧ-инфицированного), страха заражения, страха одиночества, обиды, агрессии и т.д.; снятие с членов семьи ответственности за чувства и здоровье ВИЧ-инфицированного. Передача этой ответственности самому ВИЧ-инфицированному.

Обеспечение психологической безопасности в семьях с ВИЧ-инфицированными в ходе психотерапии имеет несколько целей: помочь семье осознать, что эмоциональные проблемы, лежащие в основе тех или иных конфликтов, обусловлены не заболеванием и не обстоятельствами жизни, а собственными проблемами того или иного члена семьи; помочь членам семьи скорректировать ряд аспектов «внутренней картины болезни» члена

семьи, изменить отношение к болезни; помочь наладить коммуникации между членами семьи, которые позволят им открыто обсуждать свои чувства по отношению друг к другу, не затрагивая при этом личность, а касаясь только поведения партнера по коммуникации; помочь членам семьи осознать их собственную индивидуальность и общую ответственность за качество жизни семьи.

Н.А. Александрова описывает два этапа семейной психотерапии: присоединение к семье. Основная задача психотерапевта – присоединение к семье. Это достигается способом выражения чувств членов семьи, а также их разрядкой. Далее психотерапевт может обратить внимание семьи на ее собственные ресурсы, а также давать позитивную обратную связь членам семьи. Этап присоединения заканчивается формулированием запроса и составлением контракта. Реконструкция семейных отношений. Н.В. Александрова предлагает использовать следующие техники семейной психотерапии: круговой опрос, разыгрывание ролевых ситуаций и последующий анализ на всех трех уровнях реагирования – эмоциональном, когнитивном, поведенческом. В некоторых случаях с членами семьи или самим ВИЧ-инфицированным может проводиться индивидуальное консультирование. Роль психотерапевта в этом случае – роль переводчика, посредника в переговорах партнеров по поводу конфликтной ситуации.

Второй ситуацией, наиболее остро нарушающей психологическую безопасность, является миграция. У переселенцев могут возникнуть сложности и напряженность при общении с представителями страны пребывания. Вхождение в новую культуру обычно сопровождается неприятными чувствами – потеря друзей и статуса, отверженность, удивление и дискомфорт при осознании различий между культурами, путаница в ценностных, социальной и личностной ориентациях.

Практика компактного поселения беженцев (в домах отдыха, заброшенных деревнях) только усугубляет нарушение их психологической безопасности и препятствует культурной адаптации: скопление в одном месте людей, находящихся в тяжелом положении, переживших страдания, неустроенных и обделенных, приводит к «эффекту гетто». Личность в этих условиях деградирует, растет иждивенчество, возникает «социальная лень». Наоборот, наиболее социально активные те беженцы, которые сами подыскивают себе жилье и оказываются одни в новой среде.

Тоска по родине (ностальгия), боль разлуки, постоянное беспокойство, страх, тревожность, раздражительность, недостаток уверенности в себе, бессонница, чувство изнеможения, злоупотребление алкоголем, наркотиками, психосоматические расстройства, депрессия, попытки самоубийства – все это является свидетельством нарушения личностной безопасности. В итоге такое ощущение потери контроля над ситуацией, неисполнение ожиданий может приводить к приступам гнева, агрессивности по отношению к представителям принимающей страны, что не способствует установлению гармоничных межличностных отношений.

Восстановлению психологической безопасности в данной ситуации может способствовать постепенная адаптация к новой культуре. К этапам адаптации Г. Триандис относит ряд показателей.

Первый этап можно охарактеризовать как «медовый месяц». На данной стадии индивид испытывает энтузиазм, приподнятое настроение, имеет большие надежды. На втором этапе индивид начинает ощущать негативное воздействие среды. Условия проживания ему кажутся некомфортными, возникает чувство взаимного непонимания с местными жителями и неприятие ими. Разочарование, замешательство, фрустрация, депрессия, стремление к общению с земляками. На третьей стадии симптомы культурного шока достигают критической точки. У индивида могут возникнуть серьезные болезни, чувство беспомощности. На четвертом этапе депрессия сменяется оптимизмом. Для данной стадии характерны преодоление индивидом культурных различий, получение социальной поддержки, ощущение приспособленности и интегрированности. На пятой

стадии наступает полная (долгосрочная) адаптация. Этому этапу соответствуют стабильные изменения индивида в ответ на требования среды.

Информирование и инструктаж о происходящем с человеком позволяет сделать процесс адаптации менее болезненным.

Таким образом, проведенный анализ ситуаций наличия неизлечимого заболевания и миграции, позволяет нам выделить в обеспечения психологической безопасности личности информационную составляющую (знание и понимание того, что происходит с человеком), эмоциональную составляющую (процесс переживания и постепенная адаптация) и поведенческую составляющую (способы адаптации к происходящему и сохранение внутренней и межличностной гармонии при взаимодействии с другими людьми).

**А.В. Чевардин**

**Екатеринбург**

### **О ВОСПОМИНАНИЯХ ГРАЖДАН ПОЛЬШИ, ИНТЕРНИРОВАННЫХ В СВЕРДЛОВСКУЮ ОБЛАСТЬ В 1945 ГОДУ**

Многие современные польские историки трактуют освобождение польских земель советскими войсками от немцев как новую оккупацию. Они аргументируют свою точку зрения многочисленными фактами репрессий местного населения. Приводится число репрессированных «советами» поляков в 1944 – 1945 гг. – примерно 40 000 человек<sup>1048</sup>. Встречаются и более внушительные цифры. Среди доказательств подчинения Польши Москве историки приводят судьбу воинов Армии Крайовой, сражавшихся против Гитлера, но «предательски» обезоруженных и отправленных в Сибирь, чтобы не мешать строить социализм на берегах Вислы.

Российский взгляд на этот вопрос не претерпел серьезных изменений со времен советской эпохи. Считается, что советская армия делала с участниками польского сопротивления то, что, к примеру, делали в то же самое время американцы и англичане с французскими партизанами. А когда некоторые члены Армии Крайовой стали «стрелять в спящих» советским солдатам, их арестовывали и направляли в лагеря. Известно, что в 1944 – 1948 гг. около тысячи советских солдат и офицеров погибло от рук польских «вооруженных бандитов»<sup>1049</sup>.

Аресты пособников режима Гитлера – вполне законное и логичное действие советских властей на контролируемых советской армией территориях: «Изъятие оружия у гражданского населения, разоружение бойцов антигитлеровского сопротивления, в случае необходимости подавление любого противодействия силой – все это законы войны и средства обеспечения спокойной оперативной обстановки в прифронтовой полосе»<sup>1050</sup>.

Большую ценность, как для понимания процессов, происходивших в Польше в 1944 – 1945 гг., так и для исследования жизни интернированных польских граждан на Урале в 1945 – 1947 гг., представляют воспоминания поляков, переживших на себе «прогулку в край белых медведей».

В городе Соколув Подляски в 2001 г. вышла книга Генрика Росохацкого «Сибиры. История жителей повята Соколув Подляски, а также членов отделения Союза сибиряков в Соколове Подляским, высланных в Сибирь в XIX в. и заключенных в лагеря НКВД в 1944 – 1959 гг.»<sup>1051</sup>. В книге приведены воспоминания около 100 чел.

<sup>1048</sup> Litynski E. Ukarañi za niepopelniony winy. Stronno, "MAX", 2001.S.36.

<sup>1049</sup> Валихновский Т. У истоков борьбы с реакционным подпольем в польше. 1944-1948. Киев, «Наукова думка», 1984.С.30.

<sup>1050</sup> Из Варшавы. Москва, товарищу Берия... Документы НКВД СССР о польском подполье. 1944-1945. М.-Новосибирск, 2001.С.18 (сноска).

<sup>1051</sup> Rosochacki H. Sybiracy. Historia mieszkanców powiatu Sokołów Podlaski oraz członków Oddziału Związku Sybiraków w Sokołowie Podlaskim zesłanych na Sybir w XIX w. i uwięzionych w obozach NKWD w latach 1944-1959. Sokołów Podlaski, 2001.S.105.